



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391
e-mail : dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : 4 /PPID/DINKES/ 2 /2023

FORMULIR
PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permintaan informasi :

Nama Pemohon Informasi : DOMINIKA ELISIA
NIK KTP : 6271034302040005
Alamat Pemohon Informasi : JL. PANGERAN SAMUDRA II NO. 7A
Nomor Telepon (Aktif) : 082154139278
Email : dominikaa.elisia@gmail.com
Informasi Yang dibutuhkan : Data jumlah yang pasien yang menderita hipertensi dan obesitas Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah

Alasan Permintaan : UNTUK KEPERLUAN SURVEY PENDAHULUAN

Nama Pengguna Informasi : DOMINIKA ELISIA
NIK KTP : 6271034302040005
Alamat Pengguna Informasi : JL. PANGERAN SAMUDRA II NO. 7A
Nomor Telepon : 082154139278
Email : dominikaa.elisia@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi : UNTUK KEPERLUAN PROPOSAL/SKRIPSI

Cara Memperoleh Informasi : ☒ Langsung ☐ Website ☐ Email ☐ Fax
Format Bahan Informasi : ☒ Tercetak ☐ Terekam
Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Palangka Raya, 04 Maret 2024

Pemohon Informasi

Dominika Elisia

5

5



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391
e-mail : dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : 4 /PPID/DINKESI 2 /2023

TANDA BUKTI
PENERIMAAN PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari pemohon/pengguna informasi publik :

Permintaan Informasi : *Data jumlah pasien yang menderita Hipertensi dan obesitas*

Cara Memperoleh Informasi : ☒ Langsung ☐ Website ☐ Email ☐ Fax
Format Bahan Informasi : ☐ Tercetak ☒ Terekam
Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Palangka Raya, 04 Maret 2024.....

Yang Menyerahkan

Pemohon Informasi

Dominika Elisia

Yang Menerima

Petugas Informasi

Nama Jelas & Tanda Tangan

1

2



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391
e-mail : dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : 4 /PPID/DINKES/ 2 /2024

TANDA BUKTI
PENYERAHAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan

Tengah Berupa Informasi :

Nomor Permintaan Informasi Publik : 4 /PPID /DINKES/2 /2024 Tanggal : 4 Maret 2024

Informasi Publik :

Jenis Informasi :

Ringkasan Informasi :

Nama Pemohon Informasi :

Alamat :

Format Bahan Informasi : ☐ Tercetak ☒ Terekam

Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Palangka Raya, 04 Maret 2024

Yang Menyerahkan

Nama Jelas & Tanda Tangan

Yang Menerima

Pemohon Informasi

Dominika Elisia

2

2

SURAT PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DOMINIKA ELISIA
Nomor KTP (sesuai KTP) : 6271034302040005
Alamat : JL. PANGERAN SAMUDRA II NO. 7A
Nomor Telepon : 082154139278
Pekerjaan : MAHASISWA

Mengajukan permohonan informasi dari PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah :
Informasi Yang dibutuhkan : Data jumlah yang pasien yang menderita hipertensi dan obesitas Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah

Alasan Permintaan : UNTUK KEPERLUAN SURVEY PENDAHULUAN

Informasi diatas digunakan oleh dan untuk :

Nama Pengguna Informasi : DOMINIKA ELISIA
Nomor KTP (sesuai KTP)* : 6271034302040005
Alamat Pengguna Informasi : JL. PANGERAN SAMUDRA II NO. 7A
Nomor Telepon : 082154139278
Email : dominikaa.elisia@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi : UNTUK KEPERLUAN PROPOSAL/SKRIPSI

Informasi diatas diperoleh dengan cara langsung/website/email/fax *

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Data diatas telah diisi dengan sebenar-benarnya;
 2. Informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah akan saya/kami gunakan sesuai dengan tujuan penggunaan informasi dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 3. Jika saya/kami menyalahgunakan informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah untuk melawan hukum dan atau mengintervensi Seseorang atau Badan Publik, maka kami bersedia dituntut oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah sesuai dengan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku di Indonesia;
 4. Kami bersedia tunduk pada peraturan yang ditetapkan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah.
- Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan dibubuhi Materai 6000 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangka Raya, 04 Maret 2024

Yang Menyatakan

DOMINIKA ELISIA

* Pemohon melampirkan fotocopy identitas diri (KTP/KTM/Kartu Anggota)

2

2



UNIVERSITAS PALANGKA RAYA

WWW.UPR.AC.ID

KARTU MAHASISWA



BRIZZI



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS PALANGKA RAYA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Kampus UPR Tunjung Nyaho Jalan Hendrik Timang, Palangka Raya, Kalimantan Tengah
Telepon (0536) 4215402, 4215277, 4215179
Laman : www.fk-upr.ac.id; Pos-el (e-mail): fked.upr@gmail.com

Nomor : 620/UN24.9/KM/2024
Lampiran : -
Perihal : **Izin Melakukan Survei Pendahuluan**

26 Februari 2024

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah
di Palangka Raya

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian untuk Tugas Akhir Modul Riset Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya, dengan ini mohon dapat diberikan izin untuk melakukan survei pendahuluan kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Dominika Elisia
NIM : 213010801007
Judul Proposal : Hubungan lingkaran pinggang dan indeks massa tubuh dengan tekanan darah pada pegawai SMK Negeri 4 Palangka Raya
Kegiatan : Meminta data jumlah pasien yang menderita hipertensi dan obesitas Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

an. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik



Dr. Indria Augustina, M.Si.

NIP. 198111042009122003

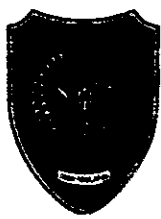
Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran UPR
2. Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran UPR



2

2



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

NO : 3 /PPID/DINKES/ 2023

FORMULIR
PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permintaan informasi :

Nama Pemohon Informasi : PUTRI RAHAYU
NIK KTP : 6202066910040004
Alamat Pemohon Informasi : Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73111
Nomor Telepon (Aktif) : 089630163453
Email : rahayuputri29100@gmail.com
Informasi Yang dibutuhkan : Data 10 Penyakit Menular dan 10 Penyakit Tidak Menular Pada Tahun 2022-2023 di Provinsi Kalimantan Tengah
Alasan Permintaan : Untuk Memenuhi Materi Pada Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Palangkaraya

Nama Pengguna Informasi : PUTRI RAHAYU
NIK KTP : 6202066910040004
Alamat Pengguna Informasi : Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73111
Nomor Telepon : 089630163453
Email : rahayuputri29100@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi : Untuk Memenuhi Materi Pada Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Palangkaraya

Cara Memperoleh Informasi : ☒ Langsung ☐ Website ☐ Email ☐ Fax
Format Bahan Informasi : ☒ Cetak ☒ Rekam
Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Palangka Raya, 05 JANUARI 2024

Pemohon Informasi

PUTRI RAHAYU

— — — — —
:0 :0

—

—

KEMENTERIAN KEMAMPUAN TANI
KOTAWARINGIN TIMOR

02066710040004

PRIDI RAHAYU
KOTAWARINGIN TIMOR, 20-10-2004
KEMENTERIAN
GG. MELATI 0350001
KEMENTERIAN
KEMENTERIAN KEMAMPUAN TANI
KOTAWARINGIN TIMOR
KOTAWARINGIN TIMOR



STATUS PERKAWINAN: BELUM KAWIN
PEKERJAAN: PELAJAR MAHASISWA
KEWARGANEGARAAN: WNI
BERLAKU HINGGA: SELAMAT HIDUP

KOTAWARINGIN
TIMOR
15-02-2022

[Signature]

SURAT PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : PUTRI RAHAYU
Nomor KTP (sesuai KTP) : 6202066910040004
Alamat : Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya,
Kalimantan Tengah 73111
Nomor Telepon : 089630163453
Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa

Mengajukan permohonan informasi dari PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah :

Informasi Yang dibutuhkan : Data 10 Penyakit Menular dan 10 Penyakit Tidak Menular Pada
Tahun 2022-2023 di Provinsi Kalimantan Tengah

Alasan Permintaan : Untuk Memenuhi Materi Pada Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat Program Studi
Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Palangkaraya

Informasi diatas digunakan oleh dan untuk :

Nama Pengguna Informasi :PUTRI RAHAYU
Nomor KTP (sesuai KTP)* : 6202066910040004
Alamat Pengguna Informasi : Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya,
Kalimantan Tengah 73111
Nomor Telepon :089630163453
Email : rahayuputri29100@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi :Untuk Memenuhi Materi Pada Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat Program Studi
Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Palangkaraya

Informasi diatas diperoleh dengan cara langsung/website/email/fax *

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Data diatas telah diisi dengan sebenar-benarnya;
2. Informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah akan saya/kami gunakan sesuai dengan tujuan penggunaan informasi dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
3. Jika saya/kami menyalahgunakan informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah untuk melawan hukum dan atau mengintervensi Seseorang atau Badan Publik, maka kami bersedia dituntut oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah sesuai dengan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku di Indonesia;
4. Kami bersedia tunduk pada peraturan yang ditetapkan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah. Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan dibubuhi Materai 6000 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangka Raya,05 JANUARI 2024

Yang Menyatakan



PUTRI RAHAYU

A

C

C



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

NO : 3 /PPID/DINKES/1/2023

TANDA BUKTI
PENYERAHAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Berupa Informasi : Data 10 Penyakit Menular dan 10 Penyakit Tidak Menular Pada Tahun 2022-2023 di Provinsi Kalimantan Tengah

Nomor Permintaan Informasi Publik : - Tanggal : 05 JANUARI 2024

Informasi Publik : Informasi Data 10 Penyakit Menular dan 10 Penyakit Tidak Menular Pada Tahun 2022-2023 di Provinsi Kalimantan Tengah

Jenis Informasi : Informasi Fakta

Ringkasan Informasi : Data 10 Penyakit Menular dan 10 Penyakit Tidak Menular Pada Tahun 2022- 2023 di Provinsi Kalimantan Tengah Untuk Memenuhi Materi Pada Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Palangkaraya

Nama Pemohon Informasi : PUTRI RAHAYU

Alamat : Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya, Kalimantan Tengah 73111

Format Bahan Informasi : ☒ Tercetak ☐ Terekam

Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Palangka Raya, 05 JANUARI 2024

Yang Menyerahkan

Nama Jelas & Tanda Tangan

Yang Menerima

Pemohon Informasi

PUTRI RAHAYU



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

NO : 3 /PPID/DINASES/1/2023

TANDA BUKTI
PENERIMAAN PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari pemohon/pengguna informasi publik :

Permintaan Informasi : Untuk Memenuhi Materi Pada Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Poltekkes Kemenkes Palangkaraya

Cara Memperoleh Informasi

Langsung



Website



Email



Fax



Format Bahan Informasi

Tercetak



Terekam



Cara Mengirim Bahan Informasi

Langsung



Via Pos

Email

Palangka Raya, 05 JANUARI 2024

Yang Menyerahkan

Pemohon Informasi

PUTRI RAHAYU

Yang Menerima

Petugas Informasi

CS001 02ENW

Kepada .,

Yth. Kepala Dinas Kesehatan

Provinsi Kalimantan Tengah

PERMOHONAN DATA DAN INFORMASI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Dian Sutarman

No KTP : 6211060604950002

. Alamat : Jl. BVndara Utama 1, Kota Palangka Raya

No Hp : 082153256115

Email : diansutarman01@gmail.com

Dengan ini mengajukan permohonan data dan informasi yang berkenaan dengan hal sebagai berikut :

1. Permohonan informasi data berkenaan dengan Daftar Fasilitas Layanan Cuci Darah (Hemodialisis) di setiap Kabupaten/ Kota Provinsi Kal-Teng
2. Permohonan informasi data berkenaan dengan Jumlah Alat Atau Mesin Cuci Darah (Hemodialisis) di Setiap Kabupaten/ Kota Provinsi Kal-Keng

Demikian permohonan ini saya ajukan, atas perhatian dan bantuanya saya ucapkan terima kasih.

Palangka Raya, 21 Agustus 2024

Hormat Saya



Dian Sutarman

11

1

2



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 3221767, 3220414 Fax. 3220414
e-mail : dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : II/PPID/8/2024

FORMULIR
PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permintaan informasi :

Nama Pemohon Informasi : DIAN SUTARMAN
Nomor KTP (sesuai KTP) : 6211060604950002
Alamat Pemohon Informasi : Jl. Bandara Utama 1, Kota Palangka Raya
Nomor Telepon : 082153256115
Email : diansutarman01@gmail.com
Informasi Yang dibutuhkan :

1. Permohonan informasi data berkenaan dengan Daftar Fasilitas Layanan Cuci Darah (Hemodialisis) di setiap Kabupaten/ Kota Provinsi Kal-Teng
2. Permohonan informasi data berkenaan dengan Jumlah Alat Atau Mesin Cuci Darah (Hemodialisis) di setiap Kabupaten/ Kota Provinsi Kal

Alasan Permintaan : Keperluan Informasi Data

Nama Pengguna Informasi : DIAN SUTARMAN
Nomor KTP (sesuai KTP) : 6211060604950002
Alamat Pengguna Informasi : Jl. Bandara Utama 1, Kota Palangka Raya
Nomor Telepon : 082153256115
Email : diansutarman01@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi : Sebagai data dan informasi untuk keperluan pekerjaan

Cara Memperoleh Informasi : ☐ Langsung ☐ Website ☒ Email ☐ Fax
Format Bahan Informasi : ☐ Tercetak ☐ Terekam
Cara Mengirim Bahan Informasi : ☐ Langsung ☐ Via Pos ☒ Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Palangka Raya, 21 Agustus 2024

Dian Sutarman

✓

✓

PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
KOTA PALANGKA RAYA

NIK : 6211060604950002

Nama	DIAN SUTARMAN
Tempat/Tgl Lahir	TAHAIBARU.06.04.1995
Jenis Kelamin	LAKI LAKI Gol. Darah
Alamat	JL. BANDARA UTAMA I PERUM. KRISNA RESIDENCE NO. 13
P.T.P.W	002/010
Kec. Desa	PANARUNG
Kecamatan	PAHANDUT
Agama	ISLAM
Status Perkawinan	KAWIN
Pekerjaan	KARYAWAN HONORER
Kewarganegaraan	WNI
Gerakan Hidup	SEUMUR HIDUP



KOTA PALANGKA

RAYA

10-03-2022

2

2



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jalan Yos Sudarso Nomor 09, Palangka Raya, 73111
Telepon (0536) 4270391 Faksimile 4270391
Laman dinkes.kalteng.go.id Pos-el : dinkes@kalteng.go.id

NO : /PPID/DINKES/ 8 /2024

TANDA BUKTI
PENERIMAAN PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari pemohon/pengguna informasi publik :

Permintaan Informasi : keperluan Informasi Data :
1. Permohonan informasi data berkenaan dengan daftar fasilitas layanan Cuci
Disinasi (Hemodialis) di setiap kab / kota prov - kalteng.
2. Permohonan informasi data berkenaan dengan jumlah alat apu Merinchi
Disinasi (Hemodialis) di setiap kab / kota provinsi kalteng
Cara Memperoleh Informasi : ☐ Langsung ☐ Website ☒ Email ☐ Fax

Format Bahan Informasi : ☐ Tercetak ☐ Terekam

Cara Mengirim Bahan Informasi : ☐ Langsung ☐ Via Pos ☒ Email

Palangka Raya, 21-8-2024.

Yang Menyerahkan

Pemohon Informasi

Nama Jelas & Tanda Tangan

Yang Menerima

Petugas Informasi

Nama Jelas & Tanda Tangan



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jalan Yos Sudarso Nomor 09, Palangka Raya, 73111
Telepon (0536) 4270391 Faksimile 4270391
Laman dinkes.kalteng.go.id Pos-el : dinkes@kalteng.go.id

NO : /PPID/DINKES/ 8 /2024

TANDA BUKTI
PENYERAHAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Berupa Informasi :

Nomor Permintaan Informasi Publik : Tanggal : 21-8-2024
Informasi Publik : Informasi data - berkenaan daftar puskesmas dan jumlah AKB
Jenis Informasi : (Hermedisusa) di setiap kab/kota prov. Kalteng.
Ringkasan Informasi : Sertu Merta

Nama Pemohon Informasi :
Alamat :
Format Bahan Informasi : ☒ Tercetak ☐ Terekam
Cara Mengirim Bahan Informasi : ☐ Langsung ☐ Via Pos ☒ Email

Palangka Raya, 21-8-2024

Yang Menyerahkan

Nama Jelas & Tanda Tangan

Yang Menerima

Pemohon Informasi

Nama Jelas & Tanda Tangan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS PALANGKA RAYA

FAKULTAS KEDOKTERAN

Kampus UPR Tunjung Nyaho Jalan Hendrik Timang, Palangka Raya, Kalimantan Tengah

Telepon (0536) 4215402, 4215277, 4215179

Laman : www.fk-upr.ac.id; Pos-el (e-mail): fked..upr@gmail.com

Nomor : 683 /UN24.9/KM/2024
Lampiran : -
Perihal : **Izin Melakukan Survei Pendahuluan**

26 Februari 2024

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah
di Palangka Raya

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian untuk Tugas Akhir Modul Riset Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Palangka Raya, dengan ini mohon dapat diberikan izin untuk melakukan survei pendahuluan kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : Fiona Devina Natalia
NIM : 213020801086
No HP : 082251566654
Judul Proposal : Hubungan tingkat stres dengan kejadian hipertensi pada usia produktif di Puskesmas Tamiang Layang Kabupaten Barito Timur Kalimantan Tengah
Kegiatan : Melakukan survei pendahuluan meminta data jumlah kasus hipertensi yang ada di Kalimantan Tengah 2022-2024 dan meminta data jumlah pasien dengan hipertensi 2022-2024.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

an. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik



dr. Indria Augustina, M.Si.
NIP. 198111042009122003

Tembusan :

1. Dekan Fakultas Kedokteran UPR
2. Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran UPR



1

2



UNIVERSITAS PALANGKA RAYA

WWW.UPR.AC.ID

I

KARIR MAHASISWA



BRIZZI

C

C



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391
e-mail : dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : 5 /PPID/DINKES/ 3 /2023

FORMULIR
PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini, mengajukan permintaan informasi :

Nama Pemohon Informasi : FIONA DEVINA NATALIA
NIK KTP : 6213015711030002
Alamat Pemohon Informasi : Jl Patin, Rajawali
Nomor Telepon (Aktif) : 082251566654
Email : fionadevinaaaaa@gmail.com
Informasi Yang dibutuhkan : Data jumlah pasien yang menderita hipertensi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah
Alasan Permintaan : Untuk keperluan survey pendahuluan

Nama Pengguna Informasi : FIONA DEVINA NATALIA
NIK KTP : 6213015711030002
Alamat Pengguna Informasi : Jl Patin, Rajawali
Nomor Telepon : 082251566654
Email : fionadevinaaaaa@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi : Untuk keperluan proposal/skripsi

Cara Memperoleh Informasi : ☒ Langsung ☐ Website ☐ Email ☐ Fax
Format Bahan Informasi : ☒ Tercetak ☐ Terekam
Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Palangka Raya, 04 Maret 2024

Pemohon Informasi

Fiona Devina Natalia





PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax. 4270391
e-mail : dinkes@kalteng.go.id
PALANGKA RAYA 73112

NO : 5 /PPID/DINKES/ 3 /2024/

TANDA BUKTI
PENYERAHAN INFORMASI PUBLIK

Telah terima dari Pejabat Pengelola Informasi dan Dokumentasi Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan

Tengah Berupa Informasi :

Nomor Permintaan Informasi Publik : 5 / PPID/DINKES/3/2024 Tanggal : 4 Maret 2024

Informasi Publik :

Jenis Informasi :

Ringkasan Informasi :

Nama Pemohon Informasi : FIONA DEVINA NATALIA

Alamat : Jl. Patih, Rajawali

Format Bahan Informasi : ☐ Tercetak ☒ Terekam

Cara Mengirim Bahan Informasi : ☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Palangka Raya, 04 Maret 2024

Yang Menyerahkan

Nama Jelas & Tanda Tangan

Yang Menerima

Pemohon Informasi

Fiona Devina Natalia

2

100

100

SURAT PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : FIONA DEVINA NATALIA
Nomor KTP (sesuai KTP) : 6213015711030002
Alamat : Jl Patin, Rajawali
Nomor Telepon : 082251566654
Pekerjaan : Mahasiswa/i

Mengajukan permohonan informasi dari PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah :

Informasi Yang dibutuhkan : Data jumlah pasien yang menderita hipertensi Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah
Alasan Permintaan : Untuk keperluan survey pendahuluan

Informasi diatas digunakan oleh dan untuk :

Nama Pengguna Informasi : FIONA DEVINA NATALIA
Nomor KTP (sesuai KTP)* : 6213015711030002
Alamat Pengguna Informasi : Jl Patin, Rajawali
Nomor Telepon : 082251566654
Email : fionadevinaaaaa@gmail.com
Tujuan Penggunaan Informasi : Untuk keperluan proposal/skripsi

Informasi diatas diperoleh dengan cara langsung/website/email/fax *

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Data diatas telah diisi dengan sebenar-benarnya;
 2. Informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah akan saya/kami gunakan sesuai dengan tujuan penggunaan informasi dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 3. Jika saya/kami menyalahgunakan informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah untuk melawan hukum dan atau mengintervensi Seseorang atau Badan Publik, maka kami bersedia dituntut oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah sesuai dengan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku di Indonesia;
 4. Kami bersedia tunduk pada peraturan yang ditetapkan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah.
- Demikian Surat Pemyataan ini dibuat dengan dibubuhi Materai 6000 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangka Raya, 04 Maret 2024

Yang Menyatakan



Fiona Devina Natalia

* Pemohon melampirkan fotocopy identitas diri (KTP/KTM/Kartu Anggota)

10

10

10



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINASKESHEHATAN

Jln Yos Sudarso No. 09 Telp (0536) 4270391 Fax 4270391

mail dinkes@kaliteng.go.id PA

NO. 02-PPID/DINKES/2023

FORMULIR PERMINTA
AN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan informasi

Nama Pemohon Informasi: SITI NUR MARIFA
NIK KTP: 6208025105960001
Alamat Pemohon Informasi: JL. SEKAN VII No. 13
Nomor Telepon (Aksi): 0857-5255-9533
Email: nurmarifo1996@gmail.com
Informasi Yang dituntutkan: INFORMASI DAN DATA BASUS HIV/AIDS SE-KALTENG

Alasan Permintaan

PUBLIKASI PADA MEDIA KAMI, PALANGKA EKSPRES

Nama Pengguna Informasi
NIK KTP
Alamat Pengguna Informasi
Nomor Telepon
Email
Tujuan Penggunaan Informasi

SITI NUR MARIFA
6208025105960001
JL. SEKAN VII No. 13
0857-5255-9533
nurmarifo1996@gmail.com
PUBLIKASI PADA MEDIA KAMI, PALANGKA EKSPRES

Cara Memperoleh Informasi

☒ Langsung ☐ Website ☐ Email ☐

Format Bahan Informasi

☐ Tercetak ☐ Terakam

Cara Mengirim Bahan Informasi

☒ Langsung ☐ Via Pos ☐ Email

Data dan informasi yang kami peroleh, kami gunakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Palangka Raya, Palang, 28-2-2024

Pemohon Informasi

SITI NUR MARIFA
Nama Jelas & Tanda Tangan

✓

✓



PENERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln Yos Sudarso No. 09 Telp. (0536) 4270391 Fax 4270391

mail: dinkes@kaliteng.go.id/pa

NO. 02 /PPID/DINKES/2023

TANDA BUKTI
PENERIMAAN PERMINTAAN INFORMASI PUBLIK

Telahterimadanpemohon/pengguna informasipublik

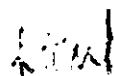
Permintaankinformasi: KASUS DATA HIV/AIDS SS-KALTENG

CaraMemperolehInformasi: ☒ Langsung ☐ Website ☐ Email ☐ Fax
FormatBahanInformasi: ☒ Tercetak ☐ Terekam
CaraMenginmBahanInformasi: ☒ Langsung ☐ ViaPos ☐ Email

Palangka Raya, Rabu, 22-2-2024

YangMenyerahkan

PemohonInformasi


SITI NUR HAFIZA
NamaJelas&TandaTangan

YangMenenma

PetugasInformasi


Gery
NamaJelas&TandaTangan

‘

‘



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TENGAH
DINAS KESEHATAN

Jln. Yos Sudarso No. 09 Teip (0536) 4270391 Fax 4270391

e-mail: dinkes@kalteng.go.id/A

NO: 02-PPID/DINKES/2023

TANDA
BUKTI PENYERAHAN INFORMASI
PUBLIK

TelahterimadanPejabatPengelolaInformasidanDokumentasiPembantuDinasKesehatanProvinsiKalimantanTengahBerupaInformasi:

NomorPermintaanInformasiPublik: 02/PPID/DINKES/11/2023 Tanggal: 20-2-2024

InformasiPublik:

JenisInformasi:

RingkasanInformasi:

NamaPemohonInformasi: SITI NUR MARIFA

Alamat: JL. SAKAP No.13

FormatBahanInformasi: ☒ Tercetak ☐ Terekam

CaraMengirimBahanInformasi: ☒ Langsung ☐ ViaPos ☐ Email

Palangka Raya, K.A.B.U., 20-2-2024

YangMenyerahkan

GERY

NamaJelas&TandaTangan

YangMenerima

PemohonInformasi

SITI NUR MARIFA

NamaJelas&TandaTangan

‘

‘

SURAT PERNYATAAN PENGGUNAAN INFORMASI PUBLIK

Yang bertanda di bawah ini

Nama : SITI NUR MARIFA
 Nomor KTP (sesuai KTP) : 6206025105360001
 Alamat : JL. SAKAN VII NO.13
 Nomor Telepon : 085752539533
 Pekerjaan : JURNALIS

Mengajukan permohonan informasi dan PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah:
 Informasi Yang dibutuhkan : INFORMASI DAN DATA KASUS HIV/AIDS SE-KALTENG

Alasan Permintaan : KEBUTUHAN PUBLISIH PADA MEDIA KAMI, PALANGKA EKSPRES

Informasi diatas digunakan oleh dan untuk:

Nama Pengguna Informasi : SITI NUR MARIFA
 Nomor KTP (sesuai KTP) : 6206025105360001
 Alamat Pengguna Informasi : SAKAN VII NO.13
 Nomor Telepon : 085752539533
 Email : Murmarifa1993@gmail.com
 Tujuan Penggunaan Informasi : KEBUTUHAN PUBLISIH PADA MEDIA KAMI, PALANGKA EKSPRES

Informasi diatas diperoleh dengan cara langsung/website/email/fax

*Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa

1. Data diatas telah sesuai dengan sebenarnya.
2. Informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah akan saya/kami gunakan sesuai dengan tujuan penggunaan informasi dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Jika saya/kami menyalahgunakan informasi yang diberikan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah untuk melawan hukum dan atau mengganggu Seseorang atau Badan Publik, maka kami bersedia dituntut oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah sesuai dengan Hukum dan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku di Indonesia.
4. Kami bersedia tunduk pada peraturan yang ditetapkan oleh PPID Pembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah. Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan dibubuhi Materai 6000 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palangkaraya, 28-2-2025

Yang Menyatakan

Rini

SITI NUR MARIFA No
 mawelas & Tanda Tangan

*Pemohon melampirkan fotokopi identitas diri (KTP/KTM/Kartu Anggota)

.)

.)

A. Mahasiswa:

Mengisi formulir permohonan informasi dan surat pernyataan penggunaan informasi yang telah disediakan PPIOPembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah dengan melampirkan:

1. KTP yang masih berlaku
2. FC Kartu Tanda Mahasiswa yang masih berlaku dilegalisir oleh Pj Berwenang
3. Menunjukkan KTP dan KTM

B. Lembaga

Mengisi formulir permohonan informasi dan surat pernyataan penggunaan informasi yang telah disediakan PPIOPembantu Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah dengan melampirkan:

1. Surat Permohonan
2. FC KTP Pemohon/Pengurus
3. FC Struktur Organisasi
4. FC Akte Notaris/Pendirian Organisasi
5. FC Keterangan Terdaftar
6. FC NPWP Organisasi
7. FC Keterangan Domisili Organisasi

1

2



2

3

[illegible]